

FAX 04-7164-1197

受診希望科名 _____ 希望医師氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

科 _____ 先生 _____

予約のご希望日をごございましたら下記にご記入ください
※空欄の場合は最短日をご案内します

ご来院できない日	ご希望日(2診療日以降)

送信元	
所在地	
医療機関名	
TEL	
FAX	
医師氏名	

慈恵医大柏病院 受診歴 (有・無・不詳) _____ 診察カード番号 (お持ちの場合) _____

フリガナ	性別	生年 月日	年	月	日(歳)
患者氏名 [旧姓] 様	男・女				
住所 〒					
電話 (自宅) _____ (携帯) _____					

主訴又は病名・症状 _____

紹介目的〔入院・転医・精査・手術・リハビリ・その他〕 _____

来院方法〔独歩・車イス・ストレッチャー・その他() _____〕

貴院に入院中ですか (いいえ・はい) → 入院中の場合、DPCでの算定患者ですか (はい・いいえ)

診療科名ご案内						
内科	・総合診療部	・腎臓・高血圧内科	・腫瘍・血液内科	精神神経科	泌尿器科	放射線治療
	・消化器・肝臓内科	・リウマチ・膠原病内科	・循環器内科	小児科	産婦人科	内視鏡部
	・脳神経内科	・糖尿病・代謝・内分泌内科	・呼吸器内科	整形外科	眼科	感染制御部
外科	・外科	・肝胆膵外科	・血管外科	脳神経外科	耳鼻咽喉・頭頸部外科	
	・上部消化管外科	・呼吸器外科	・小児外科	形成外科	心臓外科	
	・下部消化管外科	・乳腺・内分泌外科		皮膚科	リハビリテーション科	

【注意事項】

- ・予約枠に制限があり、ご希望にお応えできない場合がありますので予めご了承ください。
- ・予約のキャンセル又は変更は、患者支援センターまでご連絡ください。
- ・診療情報提供書は、必ず患者さんへお渡しください。
- ・患者さんからの直接のご予約はお受けできません。
- ・ご不明な点がございましたら、患者支援センターまでお問い合わせください。

[受付時間 9:00~17:00 月~土(外来休診日を除く)]

**※この用紙は[患者直接通知専用]です。
予約受付日の翌診療日までに患者さんへ
電話にて予約日時の通知をいたします。**

東京慈恵会医科大学附属柏病院 患者支援センター
〒277-8567 千葉県柏市柏下163番地1
TEL 04-7167-9680(直通) FAX 04-7164-1197

患者支援センター 付記欄	
予約日	月 _____ 日 () _____
医師氏名	初診担当医 _____



東京慈恵会医科大学附属柏病院 予約票(診察) TEL

送信元	
所在地	
医療機関名	
TEL	
FAX	
医師氏名	

【紹介元記入欄】

1. 患者氏名

フリガナ	
患者氏名	様 [旧姓]

2. 診療科(必ず☑チェック願います)

<input type="checkbox"/> 消化器・肝臓内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓・高血圧内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病代謝内科	<input type="checkbox"/> 腫瘍・血液内科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 総合診療部	<input type="checkbox"/> 精神神経科	<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 心臓外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉・頭頸部外科
<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原内科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 感染制御部	<input type="checkbox"/> 放射線治療	

【患者さん記入欄】

※予約受付日の翌診療日までに慈恵医大柏病院患者支援センターより予約日時のご連絡を差し上げます。
本予約票に予約日時のご記入(下記太枠線内)をお願いします。

予約日:	年	月	日()	曜日
予約時間	午前・午後	時	分	

当日は本予約票を持参の上、予約時間の **15分前** までに **初診受付** にお越しください。
診療の状況により予約時間通りに診察できない場合もございます。あらかじめご了承ください。

【当日お持ちいただくもの】

- ◆本予約票
- ◆診療情報提供書(紹介状)
- ◆医療費助成受給者証(お持ちの方のみ)
- ◆診察カード(お持ちの方のみ)
- ◆マイナ保険証または資格確認書
- ◆お薬手帳(薬剤情報提供書)

※お手数ですが、予約日時の **連絡が入らない場合・予約の変更・キャンセル**等は、下記までご連絡ください。

【休診日】 日曜日、祝日、本学記念日(5月1日、10月第2土曜日)、年末年始(12月29日～1月3日)

【連絡先】
東京慈恵会医科大学附属柏病院 患者支援センター
TEL 04-7167-9680 (直通)
受付時間 : 月曜日～土曜日 9:00～17:00